

TUMEURS DE LA GLANDE

SOUS-MAXILLAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Novembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RAYMOND PONSOT

Né le 20 Juin 1871, à Besançon (Doubs)

Élève à l'École du Service de Santé Militaire.

Lauréat de l'École de Médecine de Besançon (Concours 1890).



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Novembre 1894

TUMEURS DE LA GLANDE

SOUS-MAXILLAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Novembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RAYMOND PONSOT

Né le 20 Juin 1874, à Besançon (Doubs)

Élève à l'École du Service de Santé Militaire.

Lauréat de l'École de Médecine de Besançon (Concours 1890).



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Novembre 1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	X.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER
Médecine opératoire.	POLLOSSON (MAURICE)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	X.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. VIALLETON.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	WEILL.
CONDAMIN	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	BARRAL
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	chargé des fonctions d'agrégé
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	MOREAU, Id.
DEVIC	POLLOSSON (AUG.)		

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. PONCET, Président; M. POLLOSSON (M.), Assesseur; MM. ROLLET et COURMONT, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON GRAND-PÈRE MATERNEL
Le Docteur TISSERAND

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Témoignage de reconnaissance et de piété filiale.

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES ONCLES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PONCET

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES

de la Faculté de Médecine et
de l'École du Service de Santé Militaire

A MES MAÎTRES

de l'École de Médecine de Besançon.

A MON AMI A. DUCHAILLUT

PHARMACIEN DE 1^{re} CLASSE

INTRODUCTION

Parmi les diverses tumeurs de la région sous-maxillaire que nous avons vu opérer durant notre stage dans le service de M. le professeur Poncet, nous avons observé une tumeur primitive de la glande sous-maxillaire. Il s'agissait à première vue d'un adéno-chondrome de cette glande. Frappé par la rareté de tumeurs semblables par opposition à d'autres tumeurs de même nature concernant la parotide, et dont nous avions vu plusieurs exemples, il nous a paru intéressant de réunir tous les faits de ce genre et de présenter, dans notre thèse inaugurale, un travail d'ensemble sur les néoplasmes de la sous-maxillaire.

Ces néoplasmes se divisent en deux grandes catégories :

1° *Néoplasmes bénins*, c'est-à-dire sans tendance

à la récurrence, à la repullulation à distance. Ce sont là, nous pouvons le dire dès le début, les tumeurs les plus fréquentes. A ce groupe appartiennent l'adénome, le chondrome, et tout un ordre de tumeurs que l'on nomme adéno-chondrome, fibro-chondrome, myxo-chondrome, parce qu'à côté du tissu glandulaire on rencontre souvent des éléments de nature fibreuse, cartilagineuse, ou muqueuse ; tumeurs qu'il nous paraît plus simple de désigner par le terme de tumeurs mixtes.

2° Les *néoplasmes malins*, qui se divisent à leur tour en deux classes d'inégale importance au point de vue qui nous occupe : les tumeurs *malignes primitives* développées dans la glande elle-même, et les tumeurs *malignes secondaires*, consécutives à la propagation, dans le tissu glandulaire, de lésions le plus souvent d'origine ganglionnaire et secondaires elles-mêmes à quelque ulcération des lèvres, de la langue, etc.

Nous n'insisterons pas sur cette dernière variété, alors que certains ganglions normaux en connexion intime, comme on le sait, avec la glande sous-maxillaire, constituent la principale lésion, et que l'envahissement de la glande ne saurait avoir qu'un intérêt anatomique. Les indications chirurgicales, le pronostic restant dans ces cas les mêmes que s'il s'agissait d'adénite cancéreuse.

Nous nous proposons donc d'étudier successivement l'anatomie pathologique, l'étiologie et la pathogénie des tumeurs de la sous-maxillaire ; puis nous exposerons

leurs symptômes, et, après nous être arrêté quelque peu sur les signes qui permettent de les reconnaître et de les différencier d'autres tumeurs de la région, après avoir montré leur évolution, nous exposerons dans ses grandes lignes le traitement qui leur convient, et terminerons en rapportant les diverses observations que nous avons pu recueillir et qui ont servi de base à cette étude.

Mais auparavant, nous tenons à témoigner ici notre reconnaissance envers notre président de thèse, M. le professeur Poncet, à qui revient la première idée de ce travail, pour l'accueil bienveillant que nous avons trouvé auprès de lui. Nous nous souviendrons toujours de ses savantes leçons et nous sommes fier de pouvoir nous dire l'élève d'un tel maître.

Nous adressons aussi nos remerciements à M. le professeur M. Pollosson dont nous avons toujours suivi avec intérêt, soit à l'Hôtel-Dieu, soit à la Faculté, l'enseignement à la fois si utile et si plein d'attraits.

C'est un devoir de cœur pour nous, que d'exprimer ici notre gratitude envers nos maîtres de la Faculté de Médecine et de l'École du service de Santé militaire qui, pendant trois ans, n'ont cessé de nous témoigner leurs sympathies.

Nous n'oublierons pas non plus, ceux qui ont guidé nos premiers pas dans l'étude de la médecine. Nos maîtres de l'École de Médecine de Besançon, MM. Gauderon, Coutenot et Chapoy, en particulier, ont droit à notre

reconnaissance, pour la bonté dont ils ont toujours fait preuve à notre égard.

Nous avons rencontré auprès de M. le D^r Carrier, médecin des Hôpitaux, l'accueil le plus sympathique; nous le prions d'accepter ici le faible témoignage de notre reconnaissance et de notre gratitude.

TUMEURS DE LA GLANDE

SOUS-MAXILLAIRE

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Il faut remonter à la fin du siècle dernier pour trouver les premiers auteurs parlant de tumeurs ayant trait à la glande sous-maxillaire. Deshayes, en 1765, rapporte une observation dans laquelle il décrit une sous-maxillaire qui « après être devenue squirrheuse a suppuré dans son intérieur et dont le pus sortait par le canal de Warthon ». — Plus tard, Morgagni décrivit deux cas d'altération de la glande : mais il s'agissait de dégénérescence ganglionnaire avec hypertrophie glandulaire consécutive. — J.-L. Petit fait bien mention de quelques cas de gonflement cancéreux ayant apparu dans la région sous-maxillaire, mais nulle part il ne cite de tumeurs propres à la glande.

Boyer, dans son *Traité des maladies chirurgicales*, consacre un chapitre aux maladies de la glande sous-maxillaire. Il décrit son inflammation, reconnaît son enva-

hissement à la suite de tumeurs ganglionnaires de la région, et ajoute : « Les auteurs parlent de l'engorgement de la glande ; quelques-uns disent en avoir fait l'extirpation avec succès. Je doute fort que cette maladie ait jamais existé... ; on aura vraisemblablement pris pour un squirrhe de la sous-maxillaire une tumeur squirrheuse ayant son siège dans les ganglions lymphatiques, qui l'avoisinent. Au reste, si cette glande était squirrheuse, on pouvait en faire l'extirpation. » — L'opinion de Velpeau est à peu près la même. Lui aussi croit que les observations de faits publiés comme étant des tumeurs de la sous-maxillaire n'étaient que des ganglions dégénérés ayant envahi consécutivement la glande. — Cependant, à cette époque, l'observation de *Sicherer*, publiée dans la *Gazette médicale*, de 1838, celle de *Petrunti*, en 1839, ne peuvent être mises en doute.

En 1841, Larrey examinait un mémoire présenté à l'Académie des sciences par Colson, sur un cas d'extirpation de la sous-maxillaire, et ne doute pas que celle-ci ait été enlevée. — La *Gazette des Hôpitaux*, de 1849, publie un article sur la dégénérescence cancéreuse de la glande sous-maxillaire. L'opération avait été faite par Jobert de Lamballe. Richet, dans son *Anatomie topographique*, rapporte que Blandin enleva un jour dans une opération, fort laborieuse d'ailleurs, la sous-maxillaire, pour une tumeur cancéreuse. Sarrazin prétend même que c'est la seule observation authentique que l'on ait jusqu'alors. Demarquay ajoute que l'opération a parfaitement réussi. Lui-même a fait une ablation de la sous-maxillaire, adhérente à une tumeur de la région sus-hyoïdienne, chez une femme de cinquante-six ans.

A l'étranger, jusqu'à cette époque, les observations ne sont guère plus nombreuses; elles semblent cependant plus concluantes et mieux décrites. *Vendelstadt* rapporte un cas d'extirpation de la glande pour cancer, et *von Schöll* (Breslau, 1855), dans un mémoire intitulé: *Ueber das Enchondrom*, cite le premier cas très net d'enchondrome de la sous-maxillaire. Virchow, en 1857, donne la description anatomique d'un néoplasme de même nature observé à la clinique de Jünker. — Enfin, en 1863, à l'Académie de médecine et de chirurgie de Florence, Saratelli parle d'un *Indurimento benigno della glandula sotto-mascellare destra, degenerazione cancerosa, estirpazione, guarigione*. Quelques années plus tard, dans notre littérature chirurgicale cette fois, Desprès, dans son *Traité des maladies chirurgicales* parle des tumeurs de la sous-maxillaire. Il ne connaît pas d'observation complète d'adénome, mais il cite un cas d'enchondrome diagnostiqué par Velpeau, chez un jeune homme de vingt-six ans, qui portait au côté droit du cou une tumeur bosselée et dure assez profonde dans la région sous-maxillaire. En 1864, le Dr Gassaud fit également l'extirpation d'un enchondrome. Mais, c'est à Verneuil, en 1868, que revient l'honneur d'avoir, le premier, donné des notions précises sur les tumeurs de la glande sous-maxillaire. Le 11 novembre, il opère un adénome: le 5 mars de la même année, un cancer pris pour un ostéo-sarcome du maxillaire inférieur: opération dont les suites furent malheureuses d'ailleurs, et consigne, en 1869, tous les faits connus jusqu'alors dans la thèse d'un de ses élèves, M. Talazac.

Depuis, l'attention semble avoir été éveillée sur ce

point. Les cas ont été mieux recueillis et mieux décrits : les examens microscopiques ont été plus précis. En 1871, Krieg, à l'étranger, puis en France. Marignac, en 1872 ; Duplay, en 1875 ; Anger, en 1877, rapportent des observations très concluantes. En 1879, Nepveu présente à la Société de chirurgie un mémoire sur l'adéno-chondrome de la sous-maxillaire, et Jouliard, dans sa thèse inaugurale (1887-1888), décrit d'une façon particulière les tumeurs malignes dont il a réuni quatorze cas.

Nous le voyons, l'étude des néoplasmes de la sous-maxillaire est d'origine relativement récente. La rareté de ces tumeurs, la situation de cette glande, le voisinage de ganglions pouvant être atteints d'affection rendant le diagnostic parfois difficile, expliquent peut-être ce fait. Aussi ne croirons-nous pas avoir perdu complètement notre temps si, dans ce travail d'ensemble, nous pouvons contribuer, pour une bien faible part, à éclairer quelque peu un point de la pathologie chirurgicale, où les maîtres les plus autorisés ont pu parfois eux-mêmes être embarrassés.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

Nous étudierons successivement l'anatomie pathologique des tumeurs bénignes, et celle des tumeurs malignes. Aux premières appartiennent, nous l'avons dit, l'adénome et le groupe des tumeurs mixtes, où l'on trouve le plus souvent associés au tissu glandulaire des éléments de nature cartilagineuse, fibreuse ou muqueuse. Les secondes comprennent des tumeurs du type épithélial (sarcome et épithéliome ou carcinome), celles-ci présentant une pureté de structure que l'on observe rarement dans les tumeurs de même nature de la parotide.

I. TUMEURS BÉNIGNES. — a) *Adénome*. — Il correspond à ce que Lebert appelait l'hypertrophie glandulaire simple, et cela, parce qu'on y retrouve la même structure que dans la glande elle-même. Les adénomes de la sous-maxillaire sont des adénomes acineux caractéristiques des glandes en grappe. Le type histologique normal y est

conservé. Ces tumeurs ont une surface lisse, leur volume ne dépasse guère en général celui d'un œuf de poule; leur couleur jaunâtre, légèrement rosée rappelle manifestement l'aspect de la glande saine. Sur une coupe, la disposition lobulée apparaît nettement. Les lobules sont séparés par du tissu cellulaire peu dense mêlé de tissu graisseux plus ou moins abondant, et au milieu duquel on rencontre des vaisseaux. Dans certains points, et dans les tumeurs anciennes surtout, on peut observer parfois, quelques petits foyers de ramollissement dus à une dégénérescence graisseuse des cellules qui remplissent les culs-de-sac glandulaires : c'est là l'origine de ces petits kystes qu'il n'est pas rare de rencontrer dans les tumeurs de ce genre et dont le contenu est une matière caséeuse ou graisseuse, plus ou moins liquide.

L'examen microscopique nous fait assister à une abondante prolifération de cellules glandulaires. Les acini sont dilatés, remplis de cellules épithéliales cylindriques ayant tous les caractères physiologiques des cellules normales. La prolifération porte aussi sur les cellules des tubes sécréteurs. Entre ceux-ci, existe du tissu fibreux peu épais, et plus abondant à la périphérie des différents lobules. En somme, ce qui caractérise l'adénome et le différencie des proliférations cellulaires accompagnant toutes les autres tumeurs de la glande, c'est la conservation de la nature et un type de la cellule, la disposition des culs-de-sac restant la même qu'à l'état normal, et la présence du tissu intracineux ne subissant aucune modification. Nous ajouterons, du reste, que les adénomes purs sont rares.

b) *Tumeurs mixtes*. — Beaucoup plus fréquentes sont celles-ci, ainsi que le prouvent les nombreuses observa-

tions que nous avons pu recueillir. Le chondrome pur n'existe réellement pas, car on sait que toute production étrangère dans un tissu glandulaire amène une prolifération de ce tissu.

Ce que l'on rencontre, ce sont surtout des adéno-chondromes, des adéno-fibro-chondromes, des adéno-myxochondromes, où l'on trouve mêlés au tissu cartilagineux des éléments fibreux ou muqueux; on peut également observer parfois encore dans la sous-maxillaire le chondro-sarcome, dans lequel on trouve, associée au cartilage, une masse de tissu embryonnaire.

L'enchondrome, ou l'adéno-chondrome, se présente sous la forme d'une tumeur ovoïde ou arrondie, dure et résistante, à surface irrégulière, bosselée, de la grosseur d'une noix à celle d'un œuf de poule, et entourée d'une coque cellulo-fibreuse. La coupe présente un aspect variable. Par endroits, on voit des îlots blancs nacrés, rappelant l'aspect porcelané du tissu cartilagineux hyalin: ailleurs on trouve des masses grisâtres de tissu fibreux, ou la couleur jaune rosé du tissu glandulaire normal: çà et là on peut rencontrer quelques petits kystes analogues à ceux que nous avons décrits dans l'adénome.

Au microscope, les acini glandulaires sont en grande partie disparus, comprimés, étouffés par le tissu de néoformation: ceux qui restent sont le siège d'une prolifération cellulaire abondante. Le tissu conjonctif interstitiel est très développé surtout dans la forme du fibro-chondrome; il apparaît sous forme de gros faisceaux fibreux renfermant quelques rares cellules conjonctives, et séparant les îlots cartilagineux les uns des autres. Dans la forme myxomateuse, c'est le tissu muqueux qui domine

« reconnaissable à ces cellules rondes isolées au milieu d'une substance fondamentale muqueuse, et à ces cellules étoilées, anastomosées entre elles au milieu de la même substance ». (Cornil et Ranvier.)

Les îlots cartilagineux sont intéressants à étudier. Tantôt on y trouve du tissu hyalin avec ces cellules encapsulées avec un ou plusieurs noyaux : tantôt du fibro-cartilage, tantôt enfin un cartilage particulier, décrit sous le nom de cartilage à cellules ramifiées et que l'on rencontre exclusivement chez l'homme dans certaines productions cartilagineuses pathologiques ; on le reconnaît au microscope grâce à ces cellules encapsulées émettant des prolongements variés et s'anastomosant entre eux. Disons cependant que ces anastomoses sont beaucoup plus rares dans les tumeurs de la sous-maxillaire que dans celles de la parotide.

En divers points, on peut observer des parties ramollies, d'autres calcifiées. Notons enfin la présence de vaisseaux ordinairement peu nombreux, mais dont le développement excessif, dans certains cas, laisse deviner que la tumeur aurait pu, à un moment donné, évoluer rapidement et se transformer en néoplasme malin.

La présence de ce tissu cartilagineux, au sein du tissu glandulaire, a été diversement expliquée. Rencontré dans la parotide et le testicule, certains auteurs ont admis qu'il pouvait prendre naissance directement aux dépens du tissu conjonctif. Virchow prétend qu'il résulte, dans certains cas, de la transformation de l'épithélium des vaisseaux et des cavités lymphatiques de ce tissu conjonctif : des embolies cartilagineuses renfermées dans ces vaisseaux peuvent se développer et devenir le point de départ

de nouveaux enchondromes. (Warthmann, d'après Recklinghausen, Genève, 1888).

Dans son cours d'anatomie pathologique (semestre d'hiver 1894), M. le professeur Tripier nous faisait observer, à propos de l'origine des tumeurs cartilagineuses de la parotide, que cette glande, lors de son développement, se trouvait accolée aux masses cartilagineuses qui devaient donner naissance au conduit auditif externe. Il pourrait alors se faire que quelques petits îlots cartilagineux aient été englobés dans le tissu glandulaire, et, à un moment donné, sous une cause que nous ne connaissons pas, se soient mis à proliférer et à donner naissance à un chondrome. Le voisinage des cartilages costaux expliquerait aussi certaines tumeurs cartilagineuses de la mamelle.

N'en serait-il pas également de même pour la sous-maxillaire ? et les néoplasmes dont nous parlons ne proviendraient-ils pas de quelques débris du cartilage de Mœkel aux dépens duquel se développe le maxillaire inférieur ? Ce n'est là toutefois qu'une hypothèse.

II. TUMEURS MALIGNES. — Ce sont, par ordre de fréquence : le sarcome et l'épithéliome ou carcinome. Au point de vue macroscopique, ces tumeurs ne présentent pas d'enveloppe fibreuse, comme les néoplasmes que nous venons d'étudier : leur coloration est rosée dans le sarcome, gris blanchâtre dans l'épithéliome. Leur consistance est variable, mais généralement assez résistante. Elles peuvent atteindre un volume considérable, et envahir toute la région.

a) *Sarcome*. — On a observé, dans la sous-maxillaire, le sarcome fasciculé et le sarcome encéphaloïde.

Dans ce dernier, le tissu conjonctif intracineux est le siège d'une prolifération abondante de tissu embryonnaire. On y trouve de petites cellules rondes, très nombreuses, possédant souvent plusieurs noyaux, et se colorant bien par les réactifs. Les vaisseaux sont volumineux et restent à l'état embryonnaire : on les voit parfois se rompre et donner lieu à de petites hémorragies. Le sarcome fasciculé ne diffère guère du précédent : le tissu embryonnaire a subi une évolution plus avancée : les cellules, au lieu d'être amorties, globuleuses, affectent plutôt la forme d'un fuseau. Elles présentent d'ailleurs les mêmes caractères, et forment en se réunissant de véritables faisceaux parallèles ou entre-croisés. En même temps, l'épithélium subit d'importantes transformations. On le voit repasser à l'état embryonnaire et proliférer abondamment : les culs-de-sac glandulaires sont bourrés de cellules épithéliales.

On peut rencontrer aussi çà et là dans les tumeurs sarcomateuses des nodules cartilagineux, ou des îlots de tissu muqueux, ce qui fait qu'on pourrait appeler, avec Virchow, ces néoplasmes du nom de chondro-myxo-sarcome.

b) *Epithéliomas*. — Nous comprendrons sous ce terme, ainsi qu'on a de la tendance à le faire maintenant, les carcinomes et les épithéliomas. En effet, avec MM. les professeurs Tripier et Bard, il ne nous semble pas que l'on puisse maintenir l'ancienne classification de Cornil et Ranvier qui font du carcinome une tumeur du tissu conjonctif. Car, de même que pour l'épithélioma, le carci-

nome a son type dans le tissu épithélial. Les observations de tumeurs malignes de la sous-maxillaire semblent confirmer cette manière de voir, et les examens microscopiques qui en ont été faits, ne nous montrent pas de différences capables d'établir deux classes distinctes de néoplasmes. Nous nous trouvons toujours en présence de cancers épithéliaux.

L'épithélioma de la sous-maxillaire offre quelques variétés, suivant qu'il se présente sous sa forme typique (épithélioma proprement dit) ou sous sa forme atypique (carcinome des auteurs) (Tripier).

1° L'épithélioma proprement dit est dur, résistant : il a l'aspect d'un tissu gris blanchâtre, peut même ressembler à la glande saine ou à du sarcome dans certains cas : il ne donne pas de suc par le raclage. Il présente un stroma fibreux, formant des cloisons qui séparent les uns des autres les lobules épithéliaux. Ceux-ci sont essentiellement constitués par des cellules épithéliales à bords dentelés, résultant de leur dissociation, et montrant qu'elles sont intimement soudées. Ces cellules ont un gros noyau nucléolé, contenant de nombreuses granulations. Dans un cas, M. Heurteaux a montré que ce stroma pouvaît être de nature élastique. Il se présentait, en effet, sous forme d'une bordure grisâtre, se colorant en jaune par l'acide picrique et résistant à l'action de l'acide acétique et de la potasse à 40 pour 100.

2° L'épithélioma atypique ou carcinome révèle la forme de squirrhe ou d'encéphaloïde.

Le squirrhe est dur, à la coupe il crie sous le scalpel : sa coloration est jaunâtre. On y rencontre souvent des foyers de dégénérescence sous forme de petites cavités remplies

d'une masse caséeuse. Au microscope, on retrouve la disposition alvéolaire. Les alvéoles séparées par d'épaisses travées conjonctives sont remplies de cellules rondes à noyau unique d'un volume variant de $1/70$ à $1/100$ de millimètre, tandis que les cellules normales atteignent jusqu'à $16/100$.

L'engorgement ganglionnaire est rapide.

L'encéphaloïde peut se développer rapidement, et atteindre un volume plus considérable que le squirrhe. Sa surface de section est blanche, ou gris rosé; le raclage fournit un suc cancéreux abondant. Le microscope nous montre un stroma conjonctif à structure alvéolaire beaucoup moins épais que dans la forme précédente. Les alvéoles sont remplies de cellules à gros noyau nucléolé, à protoplasma granuleux, et se rapprochant du type épithélial; çà et là quelques extravasations sanguines.

Les ganglions sont ordinairement envahis. La peau peut s'ulcérer et des bourgeons cancéreux apparaître à l'extérieur.

CHAPITRE III

Etiologie.

L'obscurité qui règne encore sur l'étiologie des tumeurs, en général, se retrouve à propos de celles de la glande sous-maxillaire. Toutefois, nous croyons utile de signaler quelques particularités ayant trait aux néoplasmes de cette dernière; nous étudierons dans ce chapitre ce qu'on est convenu de désigner sous le nom : 1° *de causes prédisposantes* et 2° *de causes occasionnelles*.

I. CAUSES PRÉDISPOSANTES. — *Age.* — Les tumeurs de la glande sous-maxillaire se développent exceptionnellement, pendant l'enfance ou la jeunesse. A partir de vingt ans et jusqu'à quarante ans, il semble plutôt qu'on se soit trouvé en présence d'adénomes ou d'adéno-chondromes. Les observations nous montrent en effet que les malades porteurs de ces tumeurs sont âgés, les uns de vingt-huit, vingt-sept, de vingt-cinq ans, les autres de trente, dix-sept, trente-cinq ans. Duplay a cependant rencontré un

cas d'adénome chez une femme de quarante-sept ans : ce n'est même pas là une exception, si nous tenons compte que la tumeur avait débuté onze ans auparavant.

Les tumeurs malignes, au contraire, semblent apparaître de préférence chez des sujets d'un âge déjà avancé. La forme squirrheuse au moins n'a été trouvée que chez des vieillards de soixante à soixante-cinq ans : pour l'épithélioma, on est moins bien renseigné : un malade était âgé de soixante ans, deux autres n'avaient que vingt et un et trente-cinq ans. Quant au sarcome, il a été rencontré aux âges les plus extrêmes : si quelques auteurs l'ont signalé comme n'apparaissant guère qu'au-dessus de cinquante ans, dans nombre de cas d'autres l'ont trouvé chez des sujets de vingt, vingt-cinq et trente et un ans.

Sexe. — Ce point ne nous arrêtera pas longtemps. Les hommes comme les femmes semblent être également atteints par les néoplasmes de la glande sous-maxillaire. Le tempérament, de même, n'a pas d'importance et, dans un cas seulement, on a noté la coïncidence d'une adénite cervicale scrofuleuse avec une tumeur de la sous-maxillaire.

Hérédité. — Si, en clinique, les antécédents d'un malade porteur d'une affection cancéreuse de l'estomac, du sein, ou de l'utérus, par exemple, nous montrent souvent quelle part revient à l'hérédité dans l'étiologie des néoplasmes, il ne saurait en être de même pour les cas dont nous nous occupons. Nous ne trouvons, en effet, dans les diverses observations que nous avons recueillies qu'une malade dont la mère était morte d'un cancer de l'utérus.

II. CAUSES OCCASIONNELLES. — La plus importante

semble être le traumatisme. Mais, si l'on considère d'une part la position de la glande sous-maxillaire si profondément située, et si bien abritée par le maxillaire inférieur contre les contusions extérieures, d'autre part, les organes formant le plancher de la bouche et la séparant des substances introduites dans cette cavité et pouvant être, à un instant donné, une cause d'irritation, on comprendra aisément que l'influence des traumatismes ne saurait avoir grande valeur. Cette sorte de protection semble même pour Talazac, être une des causes de la rareté des altérations de la glande qui nous occupe. Cependant un malade de M. Verneuil attribuait le développement de l'adénome dont il était atteint à une chute sur un morceau de bois qui aurait contusionné la région. Un autre racontait avoir reçu un violent coup sur la face interne de la branche horizontale du maxillaire inférieur. Un malade observé chez M. le professeur Poncet jouait du violon, souvent même, plusieurs heures par jour : il attribuait au contact et à la pression continuelle de l'instrument dans la région sous-maxillaire l'origine de son néoplasme.

Quant à l'influence de lésions provenant de la cavité buccale, ou des organes voisins de la glande, nous ne saurions l'admettre. Jamais la présence d'une dent cariée ou d'un abcès quelconque n'a donné naissance à un néoplasme. Il en est de même des lésions pouvant atteindre la glande elle-même. Nous ne croyons pas que l'on ait jamais vu une inflammation ou l'oblitération du canal de Warthon, par un calcul ou un corps étranger, avoir été suivis d'un adéno-chondrome, ou d'un cancer de la sous-maxillaire.

CHAPITRE IV

Etude clinique.

Ce chapitre comprendra l'étude des signes physiques et des symptômes fonctionnels que nous présentent les différentes tumeurs de la glande sous-maxillaire.

I. SIGNES PHYSIQUES. — a) *Siège.* — Nettement localisée au début dans la fossette sous-maxillaire, un peu en avant et au-dessous de l'angle de la mâchoire, et cela, sans affecter plus spécialement le côté droit que le côté gauche, la tumeur qui, à ce moment, ne dépasse guère le volume d'une noisette ou d'une amande, se développe peu à peu, et ne tarde pas à venir faire sous la peau une saillie appréciable. Elle peut alors émettre des prolongements dans diverses directions. Tantôt elle remonte en arrière du côté de la parotide, jusqu'au lobule de l'oreille : tantôt elle empiète sur la région massétérine, et passe en avant de la face externe de la branche horizontale du maxillaire inférieur, soulevant ainsi le repli gingivo-labial. Dans

d'autres cas, elle gagne la face interne de cet os, et tandis qu'à l'extérieur on constate une saillie peu considérable, et qui ne devient appréciable qu'en faisant renverser fortement la tête du sujet, elle forme du côté du plancher buccal une tuméfaction très marquée. Nous pouvons comprendre la cause de ce fait en nous rappelant la structure de la loge dans laquelle est renfermée la sous-maxillaire. On sait, en effet, que l'aponévrose cervicale arrivée au voisinage de la glande se dédouble en deux feuillets qui englobent celle-ci et viennent ensuite s'insérer au bord inférieur du maxillaire. Or, le feuillet profond se réduit en avant à une simple toile celluleuse, de sorte que la tumeur peut proéminer facilement du côté de la bouche, et cela d'autant plus encore que ce simple feuillet disparaît pour laisser passage au canal de Warthon. Enfin, l'existence de petits nodules glandulaires situés le long de ce canal et pouvant eux-mêmes être atteints principalement par le néoplasme explique encore cette particularité.

En avant, la tumeur peut s'avancer jusque sur la ligne médiane, à la symphyse du menton ; en bas, on l'a vu souvent atteindre le cartilage thyroïde et, dans des cas exceptionnels, le dépasser, envahir la région carotidienne et gagner le creux sus-claviculaire.

Cette diversité de prolongements, observée très fréquemment dans l'adénome, le sarcome et l'épithélioma, exceptionnelle dans l'enchondrome et le carcinome fait qu'on a parfois sous les yeux une tumeur qui s'étend bien loin du point où elle s'est primitivement développée.

b) *Volume*. — Au début, quand le malade s'aperçoit de l'affection dont il est atteint, le néoplasme ne dépasse guère en général la grosseur d'une noisette ou d'une

amande, et peut être facilement pris pour un ganglion engorgé. Les tumeurs bénignes et même parfois le carcinome peuvent rester de longues années sans acquérir un développement plus considérable, car elles s'accroissent assez lentement. On les rencontre habituellement ayant le volume d'un œuf de poule, d'une mandarine ou du poing, quand le sujet se présente au chirurgien pour en être débarrassé. Nous ne connaissons pas de cas où ces dimensions aient été dépassées. Il n'en est plus de même quand il s'agit d'épithélioma ou de sarcome. Le développement de ces néoplasmes est souvent très rapide, les proportions qu'il atteignent, deviennent énormes, et l'on se trouve en présence de masses cancéreuses volumineuses occupant toute la région cervicale.

c) *Forme*. — Elle est, en général, toujours la même ; c'est-à-dire ovoïde ou arrondie. Nous rapportons un cas de chondro-sarcome qui avait la forme d'une pyramide à sommet inférieur et dont la base reposait sur la branche horizontale du maxillaire inférieur.

A part cette observation, le grand axe de presque toutes ces tumeurs est sensiblement parallèle à la direction de cet os ou légèrement oblique en bas et en avant.

d) *Surface*. — Lisse dans l'adénome, et dans quelques cas de carcinome, elle est irrégulière, bosselée, mamelonnée dans le chondrome et les tumeurs malignes. — La peau qui conserve toujours sa coloration et sa souplesse normales dans les néoplasmes bénins peut, dans certains cas de sarcome et d'épithélioma, s'altérer et d'énormes bourgeons cancéreux apparaissent à l'extérieur.

e) *Consistance*. — La palpation nous fournit d'utiles renseignements sur la consistance des tumeurs de la sous-maxillaire.

On peut la pratiquer soit directement, les deux mains étant à l'extérieur, soit encore en appliquant une main sur la région sous-maxillaire, deux doigts de l'autre étant introduits dans la cavité buccale, et déprimant le plancher de la bouche. La consistance du sarcome encéphaloïde et de certains épithéliomas est généralement molle, celle de l'adénome, du sarcome fasciculé, de l'épithélioma à trame élastique, du carcinome est dure et résistante. Mais c'est dans l'enchondrome surtout que cette dureté atteint son maximum : aussi en est-elle un signe presque caractéristique. N'oublions pas que l'on rencontre souvent dans les diverses tumeurs des îlots cartilagineux qui forment alors, par endroits, des noyaux très résistants à côté de points moins durs et comme ramollis.

f) *Mobilité*. — La mobilité a toujours été rencontrée quand il s'est agi d'adénome ou d'adéno-chondrome.

Non adhérents à la peau qui les recouvre, ces néoplasmes peuvent être facilement saisis entre les doigts, et déplacés dans les divers sens : ils sont en effet entourés d'une coque fibro-celluleuse qui les enveloppe et les isole, pour ainsi dire, des tissus voisins : souvent, en outre, un pédicule plus ou moins long les rattache aux parties de la glande restées saines et facilite encore cette mobilité. Il est des cas cependant où l'on obtient difficilement ce glissement sur les plans profonds. C'est quand la tumeur remonte au-devant de la branche horizontale du maxillaire inférieur : elle se trouve alors aplatie et bridée en

quelque sorte sur l'os par le feuillet antérieur de l'aponévrose cervicale.

Cette mobilité se retrouve au début dans beaucoup de néoplasmes malins, et peut persister longtemps chez quelques-uns. Mais ordinairement, à mesure que la tumeur poursuit son développement, elle ne tarde pas à contracter des adhérences avec les tissus et les organes qui l'environnent. La peau ne glisse plus sur elle, et peut même, comme on l'a vu, s'ulcérer pour laisser apparaître au dehors des bourgeons cancéreux d'où s'écoulent un ichor fétide, ou un suintement sanguin continu. D'autres fois, le plancher de la bouche, le maxillaire inférieur, les autres glandes salivaires même, sont envahies, et l'on conçoit alors que la palpation ne nous permette plus de sentir que des masses dures, volumineuses et solidement fixées.

II. SYMPTÔMES FONCTIONNELS. — a) *Douleur*. — L'absence de douleur, aussi bien spontanément qu'à la pression, a été généralement observée, aussi bien à propos des tumeurs bénignes que des tumeurs malignes de la sous-maxillaire. Nous ne trouvons que de rares exceptions à cette règle, témoin cette malade atteinte de sarcome fasciculé et dont la tumeur avait été douloureuse dès le début. Cette femme, âgée de cinquante-quatre ans, se plaignait de douleurs lancinantes très vives, s'irradiant du côté de l'angle de la mâchoire, et jusque dans l'oreille. On s'expliqua d'ailleurs aisément la cause de ce fait dans la suite. La tumeur fut enlevée, et, pendant l'extirpation, on vit qu'elle présentait des adhérences intimes avec le nerf dentaire inférieur à sa sortie par le trou mentonnier.

b) *Salivation*. — Talazac a, le premier, insisté sur ce point et prétend que dans tous les cas la sécrétion salivaire est diminuée. Il ne donne d'ailleurs aucune preuve à l'appui de son assertion, reproduite après lui par beaucoup d'auteurs. Il ajoute que « la sécrétion glandulaire pourrait être remplacée par le suc laiteux du cancer comme il arrive ordinairement dans le cancer de la glande mammaire, mais que, n'ayant pas constaté ce caractère, ... nous ne pouvons qu'en soupçonner l'existence ».

Deux malades, l'un observé par Rengrueber, l'autre par M. Poncet, avaient continuellement envie de cracher : leur salivation était considérablement augmentée, surtout la nuit. Le premier était atteint d'épithélioma, le second d'adénome. Pozzi a rapporté un cas d'adéno-chondrome dans lequel la sécrétion salivaire était exagérée depuis deux ans. Ces perversions dans la sécrétion glandulaire pourrait s'expliquer par l'irritation de la corde du tympan, occasionnée par le néoplasme. Les autres observations sont muettes sur ce point, dont la constatation semble d'ailleurs assez difficile à faire exactement.

c) *Mastication*. — Elle a été quelquefois entravée, ce qui s'explique aisément quand la tumeur arrive à un développement suffisamment grand pour gêner l'amplitude des mouvements du maxillaire inférieur, ou si la saillie qu'elle fait dans la cavité buccale est assez volumineuse pour mettre obstacle au broiement et au passage des aliments.

Nous terminerons enfin ce qui a trait à cette étude des symptômes, en signalant les divers renseignements que nous fournit l'examen des organes voisins.

Les ganglions sont intacts dans les tumeurs bénignes. Il peut arriver qu'on les trouve augmentés de volume ou

indurés, chez un sujet atteint d'un adénome ou d'un chondrome, mais il faut toujours rechercher s'il n'existe pas ailleurs quelque cause d'irritation telle qu'une dent cariée ou une érosion dans les cavités buccale ou nasale, etc.

Dans les épithéliomas et les carcinomes, les ganglions peuvent être, mais ne sont pas toujours envahis. Quand ils le sont, nous ajoutons que c'est le cas le plus fréquent, ils sont souvent englobés dans la masse néoplasique; aussi peut-il être difficile parfois de les retrouver et de les sentir nettement. Dans ces mêmes tumeurs, on a vu l'envahissement gagner le maxillaire inférieur, et les autres glandes salivaires, la parotide et la sublinguale.

Mais dans tous les cas, la muqueuse buccale est restée saine. Enfin la généralisation est exceptionnelle. Une fois seulement, elle s'est étendue au maxillaire inférieur, aux ganglions cervicaux, à la plèvre et aux poumons.

CHAPITRE V

Evolution. — Pronostic.

Les adénomes, et tout le groupe des tumeurs mixtes de la glande sous-maxillaire sont des tumeurs dont le développement est, en général, très lent, et qui n'atteignent ordinairement un volume un peu considérable qu'au bout de cinq ou six ans, quelquefois même davantage. Leur accroissement semble se faire d'une façon assez régulière ; cependant, on a signalé à plusieurs reprises, dans diverses observations, des poussées dans lesquelles le néoplasme augmentait rapidement pour demeurer ensuite plus ou moins longtemps stationnaire. On peut observer ces faits notamment à la suite de traumatismes, ou de traitements intempestifs qui donnent, pour ainsi dire, un coup de fouet à l'affection, et viennent hâter son évolution. Les frictions énergiques, l'application longtemps répétée de pommades irritantes, des ponctions exploratrices peuvent aboutir à ce résultat. Il est des cas encore, où l'on voit des adénochondromes rester plusieurs années stationnaires et

prendre subitement un développement considérable, sans qu'on puisse en trouver la cause. Nul doute qu'il s'agisse dans ces cas de tumeurs bénignes ayant dégénéré et revêtant le type malin. Ces faits sont actuellement bien connus, et l'on sait maintenant que les néoplasmes considérés comme les plus bénins peuvent subir cette transformation. Un de nos amis, le Dr Poret, dans sa thèse inaugurale, a signalé des cas de « Dégénérescence épithéliomateuse des lipomes du cuir chevelu ». L'évolution de ces tumeurs peut alors devenir excessivement rapide, et le néoplasme prendre des dimensions énormes. Nous nous rappelons avoir vu arriver un jour, dans le service de M. le professeur Pollosson, une femme âgée de soixantedix ans, portant dans la région cervicale gauche une tumeur volumineuse. La malade faisait remonter le début de son affection à plus de trente-cinq ans, et montrait nettement qu'alors le siège en était dans la loge de la glande sous-maxillaire. La tumeur qui, à l'origine, était de la grosseur d'une petite noix, avait augmenté peu à peu, mais c'était seulement pendant ces dernières années, qu'elle avait acquis un volume si considérable. Quand nous la vîmes, non seulement la sous-maxillaire, mais encore la parotide et les glandes sublinguales étaient envahies. Il s'agissait là, sans doute, d'un adéno-chondrome de la sous-maxillaire ayant dégénéré et ayant revêtu le type malin. Nous ne pûmes recueillir en entier l'observation de cette malade, qui partit quelques instants après la visite.

A part ces cas, qui sont rares d'ailleurs, l'évolution des tumeurs bénignes de la sous-maxillaire est lente et leur pronostic est sans gravité.

La marche des néoplasmes malins se rapproche dans beaucoup de cas de celle des précédents. Souvent en effet, ils évoluent lentement, sans donner lieu à des symptômes bien inquiétants et sans atteindre des proportions considérables. D'autres fois leur développement est plus rapide et on a vu des sarcomes prendre en quelques mois un accroissement énorme. La tumeur alors peut contracter des adhérences avec l'os; de larges ulcérations peuvent se produire, et des phénomènes de compression apparaître, menaçant la vie du malade. Nul doute alors que celui-ci, abandonné à lui-même, ne finisse par succomber à la longue de cachexie ou d'épuisement, s'il n'est pas emporté par une hémorragie dans les cas de tumeurs ayant ulcéré les gros vaisseaux de la région, ou si les phénomènes de compression n'amènent rapidement une issue fatale. Le pronostic alors doit être réservé, et est même grave. Mais ce sont là, pour ainsi dire, des considérations théoriques; en réalité, de tels faits ne doivent se produire que très rarement dans les tumeurs malignes de la sous-maxillaire, puisque nous ne les voyons pas signalés dans nos observations. C'est qu'en effet l'intervention pratiquée dans tous les cas est venue à temps assurer au malade la guérison. Et il nous semble bon de faire remarquer ce fait qui rend jusqu'à un certain point bénin le pronostic des tumeurs qui nous occupent, et le différencie de ce qu'on observe ordinairement dans les néoplasmes malins. La généralisation cancéreuse est ici exceptionnelle, puisqu'elle n'a été notée qu'une fois; et enfin jamais la récurrence n'a été signalée après une extirpation.

CHAPITRE VI

Diagnostic.

Si l'on songe à la multiplicité et à la diversité des néoplasmes que l'on rencontre dans la région sous-maxillaire on comprendra aisément, combien il est parfois difficile de reconnaître si la tumeur, en présence de laquelle on se trouve, est d'origine glandulaire. Aussi, ne croyons-nous pas inutile d'insister ici sur quelques signes qui, dans certains cas, pourront nous permettre d'établir un diagnostic précis.

On pourrait prendre, sans doute, pour une tumeur de la sous-maxillaire, certains lipomes sous-cutanés, et certains kystes sébacés. Mais outre leur rareté extrême, leur consistance molle et fluctuante, leur situation superficielle, suffisent à les caractériser, et ne permettent guère la confusion sur ce point.

Il en est autrement quand il s'agit de tumeurs d'origine ganglionnaire. On sait combien elles sont fréquentes dans cette région : aussi une erreur peut-elle être facilement

commise. Toutefois, si l'on trouve une cause d'irritation voisine, une dent cariée, une érosion des muqueuses buccale, nasale ou oculaire, un épithélioma, un chancre syphilitique de la face ou des lèvres, nul doute qu'il s'agisse d'une inflammation ganglionnaire chronique offrant souvent des caractères identiques à ceux d'une tumeur de la sous-maxillaire. — Si le sujet est scrofuleux ou tuberculeux, et présente de nombreuses manifestations diathésiques, s'il est âgé, et porte un cancer parvenu à un degré de généralisation avancée, on se trouve certainement en présence d'une adénite scrofuleuse ou cancéreuse dont l'évolution viendra bientôt rendre le doute impossible.

La difficulté est plus grande quand il s'agit de différencier les tumeurs de la glande d'un lymphadénome ou lymphosarcome. Celui-ci, toutefois, présente une consistance molle et fluctuante ; il évolue avec rapidité et se généralise promptement. Et cette marche contraste avec la lenteur que les tumeurs, même les plus malignes de la sous-maxillaire, mettent pour se développer. Le lymphadénome peut rester longtemps localisé au même point ; il peut offrir une consistance égale à celle d'un adénome ou d'un épithélioma glandulaire ; mais on le voit bientôt se multiplier dans le voisinage, se former dans la région cervicale un véritable chapelet de tumeurs volumineuses, donnant au cou du malade, en l'exagérant encore, cet aspect particulier que M. de Saint-Germain désigne si heureusement dans l'adénopathie diphtérique par l'expression imagée de cou proconsulaire. — (Jouliard, *loc. cit.*, page 87).

Si parfois on hésitait entre une adénopathie syphili-

tique tertiaire et un néoplasme de la glande, le traitement spécifique pourrait être institué, et éclairer le diagnostic.

Les tumeurs de l'os, périostite, exostose, ostéosarcome, peuvent être confondues avec celles de la sous-maxillaire, surtout quand celles-ci sont parvenues à un degré avancé et ont contracté des adhérences qui les fixent aux tissus voisins et leur font perdre toute mobilité. Les commémoratifs sont alors très utiles ; le sujet nous apprend en effet presque toujours qu'au début la tumeur roulait sous le doigt. On a quelquefois, dans des cas embarrassants, pratiqué la ponction exploratrice ; mais elle ne fournit aucun renseignement et peut même être nuisible en faisant évoluer rapidement l'affection. Le diagnostic des tumeurs malignes de la sous-maxillaire avec celles de l'os, reste donc difficile, et Verneuil lui-même a pris successivement pour une périostite chronique ou pour un ostéosarcome, un squirrhe primitif de la glande adhérente ou maxillaire.

Nous mentionnerons encore comme moyen de diagnostic ayant une certaine valeur un signe sur lequel Talazac a insisté le premier. Il introduit un stylet dans le canal de Warthon et imprime à la masse néoplasique des mouvements qui sont communiqués au stylet, si celle-ci appartient à la glande.

La tumeur étant reconnue comme étant d'origine glandulaire, pouvons-nous maintenant en déterminer la nature ? Si nets que puissent paraître, au premier abord, les symptômes de l'adénome et de l'adéno-chondrome, d'une part, du sarcome, de l'épithélioma, ou du carcinome, d'autre part, la distinction ne semble possible pour Joulard, que dans quelques cas « où l'existence de dou-

leurs lancinantes, l'adhérence précoce à l'os et à la peau, l'augmentation rapide du volume de la tumeur, indiquent suffisamment sa nature maligne ». Cette opinion nous semble exagérée, et l'on méconnaîtra rarement l'existence d'un adéno-chondrome, si l'on tient compte de l'âge du sujet, cette tumeur se rencontrant surtout chez des adultes de vingt à quarante ans; si l'on sent cette dureté considérable, pour ainsi dire caractéristique, si la surface du néoplasme est bosselée, sa mobilité excessive et sa marche lente et régulière.

« Si la tumeur est uniformément dure, on supposera l'existence d'un squirrhe ou celle d'une tumeur mixte dans laquelle le tissu cartilagineux entre pour une très grande part. Mais il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, de distinguer un épithélioma à trame fibreuse ou élastique d'avec un squirrhe ou une tumeur chondromateuse mixte. Seule, la consistance molle de la tumeur fera supposer l'existence d'un sarcome embryonnaire si le sujet est jeune, ou d'un cancer encéphaloïde lorsqu'il est âgé...

« Deux particularités beaucoup plus importantes à connaître sont l'étendue des adhérences avec le maxillaire et les parties molles environnantes qu'on ne pourra malheureusement déterminer d'une façon précise que dans un nombre limité de cas, et surtout l'existence dans d'autres parties du corps de noyaux cancéreux secondaires. Il ne faudra pas moins de toute la sagacité du chirurgien pour reconnaître cette généralisation de la tumeur dans les organes superficiels ou profonds. »

¹ Joulard, *loc. cit.* page 91.

CHAPITRE VII

Traitement.

Le traitement des tumeurs de la glande sous-maxillaire est entièrement chirurgical. Et malgré les observations rapportées par Jouliard, dans lesquelles deux cas de sarcome auraient été améliorés par la pommade à l'iodure de potassium, l'ablation reste la conduite que doit tenir le chirurgien.

Cette ablation doit être faite le plus tôt possible. Elle s'impose dès que le diagnostic est établi. Nous ne nous attarderons pas longtemps sur les procédés opératoires qu'elle nécessite. Ils sont bien décrits dans la thèse de Bouhebeu (Paris, 1873).

On peut aborder la glande par deux voies : par la *voie buccale* ou par la *voie sus-hyoïdienne*. Le premier procédé n'est guère employé. Jobert de Lamballe l'a mis en usage une fois. On doit y recourir quand la tumeur faisant une saillie très prononcée dans la bouche se trouve ainsi devenir plus accessible par cette voie, que si l'on

était obligé d'aller la chercher profondément sous la branche du maxillaire inférieur.

L'autre méthode est celle à laquelle on a le plus souvent recours, car elle permet d'arriver directement sur le néoplasme. Le manuel opératoire en est ordinairement fort simple. S'il s'agit d'une tumeur bénigne, d'un adénome ou d'un enchondrome, le premier temps de l'opération consiste dans une incision suivant le grand axe de la tumeur intéressant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Des pinces à forcipressure arrêtent facilement l'hémorragie toujours insignifiante qui provient de la section des petites artérioles. On écarte ensuite les deux lèvres de la plaie opératoire. Le néoplasme apparaît alors nettement, or nous savons qu'il est ordinairement entouré d'une enveloppe fibro-celluleuse qui l'isole pour ainsi dire des organes voisins. Aussi est-il facile de l'énucléer, soit avec le doigt, soit avec une spatule mousse en déchirant cette sorte de coque. Après avoir jeté une forte ligature sur le pédicule qui existe parfois et retient la tumeur aux parties de la glande restées saines, on en pratique la section. En prenant les précautions antiseptiques nécessaires, on fera la réunion immédiate, en suturant la peau, soit au fil métallique, soit au crin de Florence ; il sera bon de placer un petit doigt vers l'angle inférieur de la plaie. La guérison demande quelques jours.

Le même traitement est applicable aux tumeurs malignes prises à leur début, ou n'ayant pas encore atteint un volume considérable. Quand elles adhèrent à la peau, quand elles ont envahi les tissus voisins et contracté avec eux des adhérences solides, on est obligé de recourir à des incisions variées, aux incisions cruciales principalement.

Il faut se livrer à une dissection attentive et minutieuse de la tumeur, en suivre les prolongements et en faire une extirpation aussi complète que possible. Dans des cas plus graves encore, le maxillaire inférieur est lui-même atteint; il ne faut pas alors hésiter d'en faire la résection, celle-ci sera partielle ou totale suivant l'étendue de la lésion et se fera suivant les procédés opératoires connus.

Les suites de cette opération présentent toujours une gravité plus grande que dans les cas précédents, où tout se bornait à une simple énucléation : malgré tout, en opérant avec une antisepsie rigoureuse, on peut se ménager de nombreuses chances de succès, et éviter les phlegmons, la pyohémie qui sont survenues à plusieurs reprises consécutivement à l'extirpation de tumeurs de la sous-maxillaire et ont entraîné la mort du malade.

L'ablation est donc bien toujours le traitement de choix. L'absence de récurrence aussi bien dans les tumeurs malignes que dans les tumeurs bénignes, doit encore encourager le chirurgien. Jamais, nous l'avons dit, celle-ci n'a été signalée, et à part les deux malades de Verneuil morts d'infection purulente, à part celui de Griffini et Trombetta, succombant au bout de quarante-huit heures dans le collapsus, tous les autres opérés ont été guéris. Beaucoup ont été revus dans la suite; chez aucun d'eux la tumeur ne s'était reproduite. Leur état général était excellent; enfin au point de vue esthétique, qu'il ne faut jamais oublier complètement dans une opération, on ne retrouvait, chez quelques-uns, qu'une cicatrice à peine visible.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — *Enchondrome de la sous-maxillaire* (Fr. Scholl, Breslau, 1855).

Tumeur ovoïde de 35 grammes, de consistance dure et entourée par une couche de tissu conjonctif. A la coupe elle présente l'aspect d'une substance hyaline, translucide, ou blanc bleuâtre, parsemée de nombreuses cavités disposées assez régulièrement et remplies d'une substance jaunâtre. Au microscope, on trouve immédiatement au-dessous de l'enveloppe conjonctive, une couche de tissu cartilagineux dont les cellules sont rondes, fusiformes ; quelques-unes sont étoilées, sans anastomoses. Au centre de la tumeur on trouve certaines parties ramollies et d'autres ossifiées. Là où il y a du fibro-cartilage quelques cellules cartilagineuses sont ratatinées et l'on voit çà et là des stries minces, ramifiées ou vésiculées.

OBSERVATION II. — *Enchondrome de la sous-maxillaire* (Virchow, *Tr. des tumeurs*).

Clinique de Junken, 1857. Description anatomique: Tumeur

arrondie de la grosseur du poing, mamelonnée, très dure. Sur une coupe on distingue des tractus fibreux, volumineux, hyalins répondant aux anciens conduits glandulaires. Entre eux se trouvent les lobes de l'enchondrome partiellement crétifiés ou ramollis à leur centre. La substance glandulaire est en partie atrophiée, dans certains points toutefois les lobules terminaux de la glande sont remplis de cellules hypertrophiées.

OBSERVATION III. — *Enchondrome de la région sous-maxillaire* (Krieg, Inaug. Dissert. Tubingen, 1874).

Rebekka C..., trente-six ans. Tumeur apparue à vingt ans, ayant grossi rapidement par l'emploi des pommades. Quelques douleurs lancinantes. Tumeur bilobée, arrondie, bosselée ; par la pression on rend la déglutition difficile. Pas de ganglions. Opération le 10 mars 1871. Incision et énucléation de la tumeur de sa capsule conjonctive avec le manche du scalpel. Guérison huit jours après. Au microscope on voit une substance fondamentale nettement striée et des cellules étoilées à côté de cellules cartilagineuses encapsulées.

OBSERVATION IV. — Krieg, *Beitrage für Lehre von Enchondrome der Speichelbüsssen.*

Andréa R..., vingt-huit ans. Tumeur irrégulière, bosselée, très résistante, du volume d'un œuf d'oie, formée de trois lobes, apparue il y a sept ans dans la région sous-maxillaire. Extirpation le 29 juillet. Dégénérescence cartilagineuse des ganglions, et envahissement de la glande : cellules disposées en groupe ou isolées, cellules cartilagineuses adultes en voie de scission ou ramifiées.

OBSERVATION V. — *Chondrome primitif de la région sous-maxillaire* (Pozzi, *Bull. Soc. anat.*, 1882).

Femme, cinquante-quatre ans. Dix-huit mois auparavant

névralgie faciale due à une carie de la deuxième petite molaire gauche; apparition dans la région sus-hyoïdienne d'une petite tumeur qui finit par atteindre le volume d'un gros œuf de poule. Salivation exagérée. Ablation. Pozzi croit à un chondrome d'un ganglion. Rendu et Malassez à un myxo-chondrome de la sous-maxillaire.

OBSERVATION VI. — *Enchondrome primitif de la sous-maxillaire* (Marignac, *Bull. Soc. anat.*, 1877).

D..., vingt-deux ans, porte depuis six ans dans la région sous-maxillaire, une tumeur mobile mamelonnée, indolente, très dure. Ablation par Th. Anger. Guérison rapide.

Au microscope, enchondrome hyalin, fibreux en d'autres points.

OBSERVATION VII. — *Enchondrome de la région sous-maxillaire. Ablation de la tumeur. Guérison* (D^r Gassaud, *Gaz. des Hôp.* 1864).

Indigène, trente ans, entré le 23 octobre 1861 à l'hôpital d'Aumale (Algérie), porteur dans la région sous-maxillaire droite d'une tumeur bosselée, dure, insensible, non fluctuante, glissant sous la peau, n'adhérant pas à l'os, grosse comme un œuf de poule et dont le début remonte à six ans. Accroissement rapide depuis quatre mois, et apparition de douleurs assez intenses. Ablation le 28 octobre. 1^o Incision de 10 centimètres suivant le diamètre antéro-postérieur de la tumeur. 2^o Incision perpendiculaire à la première. Dissection du néoplasme. Enucléation. Sutures. Pansement simple. La tumeur pèse 80 grammes, elle est entourée d'une gaine celluleuse. A l'incision, on voit une multitude de lamelles cartilagineuses d'un beau blanc brillant, nacré; on observe de petits orifices assez nombreux, probablement des vaisseaux. L'examen microscopique n'a pas été fait. Le 15 novembre, la cicatrice était obtenue. Adénite inguinale suspecte. Traitement ioduré.

L'auteur prétend se trouver en présence d'une dégénérescence des ganglions cervicaux développés sous l'influence d'un état

diathésique. Mais la rédaction ajoute en note que l'aspect de la tumeur porterait à supposer qu'il s'agit d'un enchondrome de la sous-maxillaire, et non de ganglions cervicaux.

OBSERVATION VIII. — *Adéno-chondrome de la sous-maxillaire*
(observation recueillie dans le service de M. le professeur Poncet, publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1888).

M. P..., voyageur de commerce, âgé de trente-cinq ans, est porteur depuis huit ans d'une petite tumeur de la région sous-maxillaire gauche. Cette tumeur, dont le volume est celui d'une noix ordinaire, s'est accrue insensiblement. Son développement aurait été cependant plus rapide depuis dix-huit mois. Elle occupe exactement la place de la glande sous-maxillaire correspondante, glisse sous la peau et paraît très mobile. De forme arrondie, elle est un peu irrégulière, bosselée, d'une consistance dure uniforme. Pas de douleurs. Pas de ganglions. Le malade invoque comme cause la pression du violon dont il joue souvent plus d'une heure par jour.

Opération. — 9 janvier 1886. — Incision de 7 centimètres, parallèle à la branche horizontale du maxillaire inférieur. La tumeur est adhérente à la glande par un pédicule très vasculaire, du volume d'une petite plume d'oie. Très facilement énucléable, elle est enlevée après ligature préalable et section du pédicule. Pas d'hémorragie. Sutures métalliques. Drainage. Guérison en dix jours.

En mars 1888, vingt-six mois après l'opération, pas de récidive. A la loupe, la tumeur est dure, renfermant à son centre un filot cartilagineux de 8 à 10 millimètres de diamètre; au pourtour, substance d'apparence glandulaire très vasculaire; à la périphérie, capsule d'enveloppe mince, de teinte rosée.

Examen histologique (Bard). — A l'objectif 2 Verich, la tumeur est constituée par des boyaux épithéliaux anastomosés entre eux, à continuité en quelque sorte arborescente, fortement colorés par le carmin et disséminés dans une gangue conjonctive rose pâle. Le tissu épithélial forme à lui seul les 3/5 de la tumeur.

A l'objectif 6, ces boyaux épithéliaux sont formés par des cellules arrondies, juxtaposées, présentant les caractères suivants : Aux points où elles sont relativement moins nombreuses, elles sont formées par une zone large de protoplasma translucide, avec un noyau multinucléolé et fortement coloré : dans les autres points, la zone protoplasmique est réduite à une mince auréole entourant le noyau. En certains endroits, le tissu conjonctif prend sous forme d'îlots, l'aspect cartilagineux des enchondromes des glandes salivaires. Ça et là, quelques fragments de glande normale restée saine. La tumeur peut donc être considérée comme une adéno-chondrome, mais suspect d'évolution maligne en présence de l'active prolifération cellulaire qu'on y observe, et le volume considérable des amas épithéliaux.

OBSERVATION IX. — *Adéno-chondrome de la glande sous-maxillaire.* (Observation personnelle, recueillie dans le service de M. le professeur Poncet.)

F. B. vingt-sept ans. Entre le 23 novembre 1893, salle Saint-Philippe n° 15. Pas d'antécédents héréditaires. Le malade a eu plusieurs bronchites durant son enfance, mais jamais d'engorgement ganglionnaire. L'affection actuelle remonte à huit ans ; elle est apparue dans la région sous-maxillaire gauche, sous la forme d'une tumeur de la grosseur d'une noisette. Elle remuait sous le doigt et n'était pas douloureuse. Son développement fut excessivement lent. Pendant son service militaire, le malade fut traité par l'huile de foie de morue, l'iodure de potassium. Cette médication n'amena aucun résultat, pas plus que les applications de teinture d'iode. La tumeur augmentait toujours, mais régulièrement et sans poussées. Pas de gêne de la mastication, pas de douleur.

Le 28 novembre, la malade entre à l'Hôtel-Dieu. Son état général est excellent. La tumeur dont il est porteur est ovoïde, de la grosseur d'une mandarine. Elle est située au-dessous de la branche horizontale et en avant de l'angle du maxillaire inférieur. Elle forme un relief très sensible quand on met la tête du sujet en extension. La peau à sa surface est normale, non adhérente. La

tumeur se déplace facilement et dans tous les sens, sur les plans profonds. La palpation nous fait sentir une masse dure, bosselée, très résistante. Sous une pression un peu énergique, le malade prétend que la salive s'écoule plus abondamment dans sa bouche. On ne constate pas de saillie du côté du plancher buccal. La dentition est très bonne. Aucune douleur ni spontanée ni à la pression. Aucune gêne dans les fonctions de mastication et de déglutition. Pas de ganglions.

On porte le diagnostic d'adéno-chondrome de la sous-maxillaire.

Opération. — Anesthésie à l'éther. Incision de 6 centimètres, parallèle au bord inférieur de la branche horizontale du maxillaire ; et dirigée suivant le grand axe de la tumeur, comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. On écarte les deux lèvres de l'incision ; la tumeur occupe la loge de la glande sous-maxillaire, et est entourée d'une gaine cellulo-fibreuse ; on la décortique avec le doigt, l'énucléation en est faite sans difficulté. Pas d'hémorragie. Sutures métalliques. Drainage, pansement antiseptique. Les suites de l'opération furent très simples. Le pansement fut renouvelé le 5 décembre, les fils métalliques enlevés et quelques jours après, le malade quittait l'hôpital complètement guéri : il a été revu onze mois après : pas de récurrence.

Examen de la tumeur. — Une coupe pratiquée immédiatement après l'extirpation nous permet de reconnaître à l'œil nu des traînées d'un blanc nacré, porcelané rappelant l'aspect du cartilage. Le reste de la tumeur était d'une coloration grisâtre par endroits, jaune rosé en d'autres et semblable à celle du tissu fibreux et du tissu glandulaire plus ou moins modifié.

L'examen microscopique pratiqué le 16 décembre nous permit de reconnaître encore la forme des acini glandulaires ; mais ceux-ci étaient très modifiés ; les cellules normales étaient à peu près complètement disparues : on constatait en revanche une prolifération de cellules épithéliales embryonnaires très abondante. Le tissu conjonctif interstitiel était très développé en certains points, et apparaissait sous forme de gros faisceaux avec quelques cellules connectives. En plusieurs endroits nous vîmes des cellules

cartilagineuses ramifiées facilement reconnaissables à leurs prolongement, mais ne présentant que de rares anastomoses, et plongeant au milieu d'une substance fondamentale hyaline. Cà et là quelques vaisseaux contenant des globules rouges dans leur intérieur. Mais d'une façon générale la tumeur était peu vascularisée. Notons enfin la présence de certains petits kystes dont le centre renfermait une matière caséuse plus ou moins liquide. La glande entière était envahie. Il s'agissait donc bien d'un adéno-fibro-chondrome.

OBSERVATION X. — *Adénome de la glande sous maxillaire.* —
Extirpation. — *Guérison.* (Duplay, *Arch. de méd.*,
1875.)

Femme, quarante-sept ans, constitution délicate, bonne santé générale. Pendant l'enfance, glandes au cou, maux d'yeux. Il y a onze ans elle s'est aperçue dans la région sous-maxillaire droite d'une tumeur de la grosseur d'un pois, entièrement indolente et qui a grossi d'une façon continue. Pommades et iodure sans succès. Actuellement la tumeur est grosse comme un œuf, lisse, arrondie allongée transversalement, s'étendant de la ligne médiane à l'angle de la mâchoire, remontant jusqu'au bord du maxillaire et descendant jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde. PEAU lisse, glissante sur elle. Tumeur entièrement mobile, indépendante des mouvements de déglutition, molle, non résistante. pseudo-fluctuante à sa partie antérieure surtout. Ces signes font éloigner successivement l'idée de néoplasme de la glande sous-maxillaire, d'adénopathie, d'abcès froid, de kyste, et on croit se trouver en présence d'une tumeur graisseuse.

Opération. — Poction exploratrice ne donnant rien. Incision curviligne à convexité inférieure; on arrive sur une enveloppe celluleuse assez vascularisée qui, une fois incisée permet de mettre la tumeur à nu et de l'enucléer assez facilement. Cette tumeur reste adhérente par un pédicule solide, gros comme une plume d'oie, qui s'enfonce profondément dans la loge de la sous-maxillaire et présente des battements artériels. Double ligature et section.

Tamponnement, pansement. Guérison rapide sans accidents. La malade a été revue, pas de récurrence.

Examen de la tumeur. — Ovoïde lisse, coloration jaune, ou brunâtre suivant les points. A la coupe lobes présentant manifestement l'apparence du tissu glandulaire, et séparés par des masses de tissu cellulo-graisseux dans lequel rampent de nombreux vaisseaux. A l'examen histologique (Ranvier, pièce 73, série 1), on reconnaît un adénome. La tumeur est constituée par des tubes épithéliaux présentant pour la plupart un canal béant. Cellules épithéliales striées et ressemblant à celles des conduits excréteurs des glandes salivaires.

Entre les tubes, tissu fibreux plus abondant à la périphérie des lobules, entre ceux-ci tissu adipeux en assez grande quantité.

OBSERVATION XI. — *Adénome de la sous-maxillaire.* — *Extirpation.* — *Guérison.* (Th. Talazac, 1869.)

G..., Julie, cinquante-huit ans, porte depuis six ans une tumeur dans la région sous-maxillaire. Pas d'antécédents. Le développement de cette tumeur serait dû à une chute sur un morceau de bois qui aurait contusionné la région. Quinze jours après, légère douleur à la déglutition, puis dans la suite apparition d'une petite tumeur, indolente, assez dure, et augmentant progressivement de volume malgré les pommades et les potions.

A son entrée à Lariboisière (5 novembre 1868), la tumeur est du volume d'une grosse noix, ovoïde, lisse, sauf deux petites bosselures, ferme, non fluctuante, mobile, sans adhérence avec la peau et les parties profondes. Par la bouche on arrive très difficilement sur elle en déprimant le plancher buccal. Pas de douleur. Excrétion salivaire par le canal de Warthon. Verneuil diagnostique un lymphome.

11 novembre. — Opération. Incision verticale, curviligne, partant de l'angle de la mâchoire, et comprenant la peau et le tissu cellulaire. La tumeur fait hernie à travers la plaie, elle est saisie et énuclée facilement. L'erreur du diagnostic est alors reconnue.

Quatre ligatures. Pansement à l'alcool. Inflammation de la plaie. Suppuration. Le 26, la malade sort presque guérie.

Examen de la tumeur. — Elle comprend une première partie présentant les caractères de la glande normale; une deuxième réunie à celle-ci par un pédicule assez large, et présentant trois bosselures,.. A l'œil nu, pas de démarcation nette entre les parties saines et les lobes malades. On distingue partout la structure acineuse de la glande, mais à la partie inférieure les lobes sont plus indurés et moins isolables... La partie saine a une teinte jaunâtre qui lui est propre; la partie malade a l'aspect graisseux. A la coupe on ouvre une sorte de loge de la grosseur d'une petite noix d'où s'échappe une masse jaunâtre, arrondie... Acini glandulaires très dilatés et remplis d'épithélium cylindrique, et plongés dans du tissu muqueux sur les parties extrêmes: le centre se compose d'un grand nombre de cellules plongées dans la graisse et du tissu muqueux. Il s'agissait d'un adénome vrai, ayant subi, à cause de l'âge de la maladie et de la longue durée de l'affection, la métamorphose graisseuse.

OBSERVATION XXII. — *Adénome de la sous-maxillaire.* (Poncet, *Gaz. Hôpit.*, 1888.)

L..., religieuse, porte une tumeur remontant au moins à huit ans, ou plutôt à une époque indéterminée, la malade ne s'en étant aperçue que lorsqu'elle avait déjà le volume d'une noisette, et survenue sans cause connue. Pas d'antécédents: pas de traumatisme. Etat stationnaire pendant plusieurs années sans aucun autre trouble qu'une salivation très abondante surtout la nuit. Cet hiver, la tumeur s'est accrue du double. Jamais de douleurs à la pression: de loin en loin quelques douleurs fugitives irradiées dans le côté correspondant du cou. La tumeur a toujours été très dure. Elle gêne légèrement la mastication. Le traitement médical (huile de foie de morue, liqueur de Fowler, etc.) a été institué sans résultat. Actuellement la tumeur répond exactement à la situation normale de la glande. Elle présente deux parties comme divisées par une bride fibreuse, l'une qui semble être la glande hypertrophiée,

l'autre descendant jusqu'au niveau de l'os hyoïde. Elle est dure, résistante, de consistance uniforme, indolente et du volume d'une moitié de mandarine. Pas de ganglion.

16 juin 1888. — Opération. Anesthésie à l'éther. Après l'incision du peaucier, on constate que la tumeur a une teinte gris blanchâtre rappelant la coloration normale de la glande. Incision de l'aponévrose d'enveloppe. Enucléation avec le doigt. La tumeur se vide en partie sous forme d'une ⁴masse molle, blanche, presque de consistance mélicérique et rappelant assez l'aspect du riz cuit.

Examen histologique (Bard). — La tumeur est constituée par des formations épithéliales du type salivaire, denses et bien ordonnées en tubes réguliers. Le tissu conjonctif et les vaisseaux sont plus abondants que d'habitude; les canaux excréteurs nets et distincts. Il est probable qu'on s'est simplement en présence de vestiges glandulaires. Sur quelques points, le tissu conjonctif est le siège d'une inflammation assez profonde.

OBSERVATION XIII. — *Carcinome; squirrhe de la glande sous-maxillaire.* (Glùge, th. Joulard.)

Homme soixante-deux ans, présentant une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, appliquée sur la mâchoire inférieure : mal délimitée; ganglion lymphatique induré au-dessous du lobule de l'oreille. Peu de douleur, gêne de la mastication. Mort quelques mois après de pneumonie. La tumeur du poids de 150 grammes adhère à la branche horizontale de l'os. La peau est adhérente. Dans son intérieur, quelques cavités du volume d'une noisette, remplies d'une masse liquide semblable à du pus. Ce liquide renferme des cellules épithéliales, graisseuses, cancéreuses et des cristaux de cholestérine. Par place, structure glandulaire normale; le restant est de dureté cartilagineuse, gris jaunâtre, et composé de cellules rondes à noyau unique. Quelques-unes en sont dépourvues; les cellules et les fibres fusiformes sont rares. Stroma fibreux épais.

OBSERVATION XIV. — *Carcinome encéphaloïde.*

Nous en possédons trois observations : celle de Petrunti, celle de Jobert de Lamballe, et celle de Griffini et Trombetta, publiée *in extenso* dans la thèse de Jouliard et que nous résumons ici.

Femme, cinquante-six ans, clinique de Messine, 1880. Pas d'antécédents, dix enfants. Début de la tumeur il y a 16 ans ; au-dessous de l'angle de la mâchoire, grosseur d'une amande, très mobile, indolente, stationnaire pendant 15 ans : il y a 6 mois, accroissement rapide et quelques douleurs. Actuellement, la tumeur s'étend jusqu'au cartilage thyroïde, englobe l'angle de la mâchoire avec lequel elle fait corps, et remonte jusqu'à la partie inférieure de la région massétérine. En arrière, on la délimite mal. La peau est normale : la surface de la tumeur est lisse : quelques petites nodosités cependant : consistance dure, fibreuse, cartilagineuse au niveau de celles-ci. Huit jours après son entrée, apparaît une tumeur secondaire dans la partie médiane de la mâchoire inférieure. Opération très laborieuse. Dissection pénible ; envahissement de tous les organes voisins et prolongements dans tous les sens. Hémostase difficile et perte de sang assez considérable. Mort vingt-deux heures après, due probablement au choc opératoire.

Autopsie. — La tumeur adhère en partie à l'os : ovoïde, blanc rougeâtre, de consistance variable. A la coupe, on trouve en un point l'aspect du tissu cartilagineux ; ce noyau occupe plus du tiers de la tumeur, le reste est constitué par du tissu mou, rougeâtre, de structure évidemment acineuse. La partie médiane du maxillaire est tuméfiée et constituée également par le même tissu mou, rosé. Au microscope, sur des coupes fraîches, on constate la présence de cellules cartilagineuses hyalines ramifiées : le reste de la tumeur est constitué par un stroma conjonctif, alvéolaire, rempli de cellules à gros noyau et à protoplasma délicat. Après durcissement, on voit, à un fort grossissement, des masses formées de grandes cellules irrégulières, à protoplasma granuleux, à gros noyau renfermant des granulations et un ou deux nucléoles. Ces cellules sont réunies par une substance homogène, et possèdent les caractères du type épithélial.

La plus grande partie de ces masses cellulaires est subdivisée par un stroma connectif à structure alvéolaire. On y trouve encore des amas de cellules épithéliales allongées et implantées perpendiculairement à la paroi qu'elles tapissent. Cà et là quelques extravasations sanguines, Deux ganglions infiltrés de cellules rondes. Les sections pratiquées sur la portion tuméfiée du maxillaire montrent un stroma alvéolaire avec des cellules identiques à celles de la tumeur principale. Ganglions cervicaux, ganglions bronchiques infiltrés. Noyaux secondaires dans la plèvre et le parenchyme pulmonaire.

OBSERVATION XV. — *Epithélioma de la sous-maxillaire.* — (Obs. de Rengrueber, in thèse Jouliard, 1888, Paris.)

G..., vingt et un ans, pas d'antécédents. Début il y a quatorze mois à la partie supérieure droite du cou, d'une tumeur de la grosseur d'une noisette qui s'accrut peu à peu sans douleur. Salivation continuelle. A son entrée à l'hôpital, le malade est porteur d'une tumeur ovale dans la région sus-hyoïdienne de la grosseur d'un œuf de poule, bilobée, mobile, accessible par la cavité buccale. Résistante, non fluctuante, peau normale, pas d'adhérence. Muqueuse buccale intacte. Bonne dentition. Salivation abondante en introduisant un stylet dans l'embouchure du canal de Warthon.

Ablation. — Guérison. — Au microscope on voit une infiltration cellulaire formant une zone plus colorée que les autres parties autour des canaux de plus fort calibre. A l'objectif 6, cette zone d'infiltration est constituée par des cellules polyédriques provenant de la prolifération des cellules épithéliales, de canaux excréteurs. Certains ont une paroi conjonctive intacte, tapissée seulement par plusieurs couches de cellules épithéliales ce qui traduit une suractivité formative; d'autres n'ont plus de parois: leur couche épithéliale se continue avec ces trainées de cellules qui constituent l'infiltration. Pas de vascularisation anormale.

OBSERVATION XVI. — *Epithélioma à trame élastique*. (Heurteaux, *Bull. Soc. anat.*, in thèse Jouliard.)

Femme, trente-cinq ans : tumeur grosse comme un œuf, bosselée, très dure ; cette tumeur dont le début remonte à quinze ans, confinait du côté de la cavité buccale au plancher de la bouche. La dissection en fut très laborieuse ; on ménagea la linguale, mais on sectionna l'hypoglosse adhérent au néoplasme.

Examen microscopique. — Tumeur un peu irrégulière, piriforme, de la grosseur d'un œuf de poule, à surface extérieure très inégale, adhérente à des restes de tissu voisins.

A la coupe, le tissu du néoplasme est ferme, sa couleur est gris blanchâtre. Au milieu du tissu fibroïde dense se trouve un grand nombre de figures arrondies situées les unes près des autres et donnant l'aspect granuleux d'une glande. En grattant avec la pointe d'une aiguille, on extrait un contenu friable, granuleux, à la place duquel se trouve une petite cavité limitée par une membrane résistante. Vaisseaux volumineux.

Examen microscopique. — A un faible grossissement, on constate que la tumeur est divisée par d'épaisses cloisons de tissu fibreux en un certain nombre de lobes : chacun d'eux formé par une trame connective au milieu de laquelle se trouvent contenues de nombreuses cavités remplies ou seulement tapissées de cellules épithéliales.

Dans quelques points le tissu épithélial est disposé à peu près comme celui des culs-de-sac glandulaires dilatés que l'on rencontre dans le fibrome mammaire. Les cellules épithéliales présentent un gros noyau nucléolé et contenant de nombreuses granulations. Au milieu des masses épithéliales on rencontre parfois de petits amas de substance colloïde.

Mais ici presque toutes les masses épithéliales sont enveloppées d'une gaine de substance élastique, granuleuse, qui donne aux coupes microscopiques l'aspect le plus singulier. Chacune des masses épithéliales est entourée d'une bordure gris jaunâtre, opaque, granuleuse, se colorant en jaune par l'acide picrique,

nullement par le carmin, résistant à l'action de l'acide acétique et de la KOH à 40 pour 100 ; c'est donc de la substance élastique.

...Elle comprime les cellules épithéliales, de sorte que par place on ne trouve plus que des cellules nécrobiosées... Les cloisons qui séparent les lobules les uns des autres sont à peu près dépourvues de fibres élastiques. C'est donc seulement autour des parties épithéliales de la tumeur que ce tissu élastique se rencontre, et dans les parties où il est le plus développé, les cellules épithéliales ont à peu près disparu..... Le tissu du néoplasme paraît très peu vascularisé.... En résumé, cette tumeur est constituée par le passage à l'état épithéliomateux d'un certain nombre de lobules de la glande, par l'hypertrophie et le passage à l'état fibreux de son tissu conjonctif, et par la formation autour des masses épithéliomateuses d'une gaine élastique extrêmement épaisse. On pourrait donc dénommer cette tumeur ; épithélioma à trame élastique.

OBSERVATION XVII. — *Sarcome globulo-cellulaire des régions sous-maxillaire et parotidienne* (th. Pérochaud, Paris, 1885).

Jeune homme, vingt ans. Tumeur ayant débuté il y a un an par un nodule de la grosseur d'une noisette. Développement très rapide tel qu'à l'entrée du malade à l'hôpital la masse néoplasique s'étend de l'apophyse zygomatique au creux sus-claviculaire. Cette tumeur peu mobile fut jugée inopérable. On tenta de la détruire par la pâte de Canquoin. Un morceau fut soumis à un examen microscopique. Sur une partie durcie du liquide de Müller et coloré à l'éosine hématoxylique on voit un premier tissu analogue à du tissu de ganglion lymphatique normal, un second, constitué par des cellules rondes ou polyédriques en contact les unes avec les autres. Sur des coupes colorées au picro-carmin on voit partout des cellules rondes ou polyédriques disséminées au milieu d'un tissu fibrillaire dont on ne parvenait pas à les chasser par le pinceau. Vaisseaux larges et souvent scléroses. L'auteur ne saurait affirmer s'il s'agit là d'un sarcome d'un ganglion ou de la glande sous-maxillaire.

OBSERVATION XVIII. — *Sarcome fasciculé de la sous-maxillaire* (in th. Jouliard.)

L... C., cinquante-quatre ans. Entrée le 17 août à Cochin. Mère morte d'un cancer de l'utérus. Bonne santé habituelle. Début de l'affection, il y a un an, par l'apparition à l'angle de la mâchoire d'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon douloureuse, dure, mobile et indépendante du maxillaire. Elle a grossi lentement; la peau est devenue rouge, luisante. Depuis deux mois elle a considérablement augmenté. Ponctionnée par un médecin, quatre jours après elle s'est ulcérée en deux points.

Actuellement la tumeur a le volume d'une grosse orange, descend jusqu'au niveau de l'os hyoïde, gagne la symphyse du menton et remonte dans l'étendue de 4 centimètres sur la région massé-térine.

Surface unie; peau rouge, luisante, ulcérée en deux points qui donnent passage à deux énormes bourgeons fongueux qui saignent facilement. Adhérente au bord inférieur du maxillaire suivant ses mouvements, la tumeur est dure, et un peu douloureuse à la pression. Dents en mauvais état surtout à gauche. Douleurs lancinantes vives depuis six semaines. Gêne de la mastication. Salivation normale. Etat général satisfaisant malgré les hémorragies. Opération. Ablation de la tumeur en résection de la partie adhérente au maxillaire inférieur. Suites favorables. Sortie vingt jours après. Deux ans et demi après, pas de récurrence.

Examen de la tumeur. — Elle est facilement détachable du maxillaire qui n'est pas envahi. Le nerf dentaire inférieur était uni intimement à la tumeur à sa sortie par le trou mentonnier. Sur des coupes, tissu de consistance ferme de coloration rosée, vaisseaux bien développés. Pas de suc par le raclage.

Ganglions lymphatiques engorgés. Au microscope, on voit des parties de la glande absolument saines. A mesure qu'on se rapproche du centre de la tumeur, on voit apparaître autour des vaisseaux, des cellules embryonnaires nombreuses et finissant par envahir les acini, séparés par du tissu connectif.

Les cellules épithéliales sont déformées, granuleuses, mal limitées ne possèdent plus de noyau. Elles finissent même par s'atrophier ; les acini sont alors remplis par des cellules embryonnaires rondes ou fusiformes. Au centre les acini ont disparu et le tissu morbide est représenté par de grands espaces irréguliers allongés en faisceaux remplis de cellules arrondies, allongées, fusiformes ou irrégulièrement polyédriques, séparées par une substance formée de minces fibrilles conjonctives.

OBSERVATION XIX. — *Chondro-sarcome de la sous-maxillaire*
(in th. Jouliard.)

D. Hél... trente et un ans. Pas d'antécédents. Entrée le 20 novembre 1883. Début de la tumeur, il y a huit ans, sur le côté gauche du cou, au-dessous de la mâchoire par une grosseur du volume d'une noisette. La tumeur a grossi peu à peu, surtout après les quatre accouchements successifs qu'a eus la malade. Elle aurait diminué après quelques frictions à la pommade iodurée.

Etat actuel. — La tumeur siège à gauche dans la région sous-maxillaire. Elle a la forme d'une pyramide ; surface légèrement bosselée, très dure, de consistance cartilagineuse, indolente. Superficielle, mobile sur les parties profondes, elle n'est pas adhérente au plancher buccal. Sécrétion salivaire normale. Quelques dents cariées. Pas de gêne de la mastication. Etat général excellent. 27 novembre, opération. Incision curviligne sur la tumeur. Enucléation. Pansement antiseptique, 15 décembre, sortie, guérison.

Examen de la tumeur. — Coque fibreuse dense et rosée. A la coupe, tissu uniformément blanchâtre, dur, d'aspect cartilagineux ; le bord externe de la coupe est un peu grisâtre ; quelques granulations plus blanches vers le milieu. Au microscope, on voit qu'il s'agit d'un chondro-sarcome, formé par le mélange d'un tissu sarcomateux à petites cellules et de cartilage hyalin. Ça et là, petits kystes dont les parois sont tapissées d'un épithélioma assez mince, à noyaux colorés par le carmin. Sur certaines préparations, on reconnaît nettement des restes de tissu glandulaire.

OBSERVATION XX. — *Sarcome de la région sous-maxillaire*
(th. Jouliard.)

Ch. (Marie), cinquante-quatre ans ; entrée à la Salpêtrière, 9 novembre 1886.

Pas d'antécédents héréditaires. Quatre enfants.

Début de la tumeur, il y a deux mois, par une petite grosseur du volume d'un haricot : indolente, très dure, roulant sous le doigt, située vers le rebord inférieur de la mâchoire, dans la fossette sous-maxillaire. En un mois, elle a acquis le volume d'un œuf de poule. Aucune gêne de la déglutition et de la salivation. Traitement ioduré. A l'état actuel, la malade présente, dans la région sus-hyoïdienne gauche, une tumeur saillante, bosselée, recouverte d'une peau un peu rouge, s'étendant de deux travers de doigt en dehors de la symphyse du menton, au bord antérieur du sterno-mastoïdien.

Elle n'empiète pas sur la cavité buccale. Dureté considérable ; indolore à la pression, mobile, elle ne semble pas se continuer directement avec l'os. Etat général excellent, malgré un amaigrissement sensible. Opération. Incision courbe de 15 centimètres, masse vasculaire, adhérente aux tissus voisins et au bord inférieur de la mâchoire. Dissection aux ciseaux. Section et ligature de la faciale. Volume d'un œuf de poule. Treize jours après, guérison.

La tumeur examinée avec le microscope au laboratoire du Collège de France était constituée par un sarcome à petites cellules.

CONCLUSIONS

I. La glande sous-maxillaire droite ou gauche peut être le siège de tumeurs bénignes ou malignes. Sur 20 observations (3 cas de M. Poncet, 17 appartenant à d'autres chirurgiens) que nous avons rapportées, 12 fois il s'agissait de néoplasmes bénins, 9 fois de néoplasmes malins.

II. Histologiquement, la structure des tumeurs bénignes se rapproche beaucoup de celles du même genre de la parotide. Quant aux tumeurs malignes, elles paraissent présenter une plus grande uniformité au point de vue de leur structure intime : elles affectent volontiers la forme presque pure, d'après nos observations de sarcome et d'épithélioma.

III. Les néoplasmes bénins sont, le plus souvent, des adéno-chondromes (9 cas sur 12, 3 cas d'adénomes purs).

En général, leur marche est lente. Ils sont indolents et n'apportent que rarement des troubles dans la sécrétion salivaire et la mastication. Leur accroissement est également lent et progressif : leur volume n'arrive guère à dépasser celui d'une orange ou d'un gros œuf.

L'ablation de la tumeur dans laquelle la glande sous-maxillaire en totalité a toujours été enlevée, est le seul traitement auquel on doit recourir.

D'après nos observations, de telles tumeurs ne récidivent pas. Dans les 2 cas anciens de M. Poncet, remontant à six ans, ces malades revus récemment, n'avaient eu aucune récidive.

IV. Les tumeurs malignes de la glande sous-maxillaire, d'après les observations publiées, comporteraient un pronostic plutôt bénin. La récidive n'a jamais été signalée. La généralisation n'a été trouvée que dans 1 cas.

V. La distinction que nous avons établie dès le début, entre les tumeurs bénignes et les malignes, nous paraît cependant devoir être maintenue, mais nous tenons à faire observer, qu'elle est surtout vraie au point de vue anatomique.

VI. Le seul traitement des néoplasmes de la glande sous-maxillaire, quel que soit leur caractère, est l'ablation qui doit être comme dans toutes espèces de néoplasmes, aussi hâtive que possible.

Vu, bon à imprimer :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
PONCET.

Vu, bon à imprimer :
LE DOYEN DE LA FACULTÉ,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
E. CHARLES.

